



Qualitative research in family medicine *An inevitable development*

Jean Turgeon, MD, MA, FCFP Luc Côté, MSS, PhD

Hhealth issues in the field of medicine are increasingly complex both from a technological and an organizational standpoint and from a psychological and social standpoint. There are many issues that quantitative research simply cannot answer to our satisfaction. Examples include compliance with treatment for high blood pressure and the health care challenges facing patients with fibromyalgia, chronic fatigue, and HIV. The field of medicine itself is also changing; more and more women are choosing a career in medicine and young doctors want to balance their practice with other priorities. To fully understand these issues requires a different kind of thought process and studies that involve qualitative research.

Many authors, McWhinney¹ among them, have written that those working in the field of medicine must increase their understanding of qualitative methods and their application in research. Because these methods are designed to provide a better understanding of complex phenomena in their natural environment, often from the standpoint of those experiencing these phenomena, the questions asked are different from those asked in quantitative research.² One of the hallmarks of family medicine is its holistic approach, which takes into account the patient's clinical presentation as well as his living environment, his beliefs, and the beliefs of his family. In this regard, family medicine provides fertile ground for the development of qualitative research. And yet, information gleaned from Quebec's French-language family medicine programs suggests that few if any clinician teachers use this approach and they almost never teach it. Indeed, training activities that involve critical appraisal of the literature rarely make use of qualitative research articles. Why is family medicine so reluctant to embrace this type of research?

There are many possible reasons. First, the approach used in qualitative research is not clearly understood. Admittedly, it is complex and multipurpose.³ Few of us have the training in qualitative research that would enable us to develop a research project of this nature. Many people think of qualitative research merely as the application of data collection

techniques such as the interview or the focus group. And yet, the selection of data collection methods is but one aspect of the scientific process.

Some characteristics of traditional medical culture stand in the way of the development of the qualitative paradigm. Older physicians will recall the negative response to the teaching of the doctor-patient relationship in the late seventies: Relationship skills are hard to quantify, so how are we supposed to teach them? And yet, the doctor-patient relationship is now a widely recognised criterion of quality of health care. It has even become one of the principles of family medicine. In the field of medicine, linear thinking, as opposed to circular or systemic thinking, still dominates. In linear thinking, one variable influences another variable. In circular thinking, many interrelated variables influence one another all at once. In linear thinking, there is an emphasis on identifying the objective causes of phenomena or that which is measurable. Evidence-based medicine focuses mainly on the results of quantitative research (randomised clinical trials, causal studies, diagnostic tests, meta-analyses). The results of qualitative research are not given much consideration, despite the light that they can shed on professional practice. For example, a physician might know the treatment indicated for high blood pressure, but he must also understand why a particular patient refuses to comply. Qualitative research makes it possible to identify the reasons why patients comply, or fail to comply, with their physician's recommendations, and can be used for subsequent research either qualitative or quantitative.

Medicine has evolved from, and has been taught using, the counterfactual paradigm. Because of this, it naturally gravitates toward quantitative research. The inductive paradigm, used more extensively in the social sciences and the humanities, has led to the development of the qualitative approach. The state of our knowledge and the nature of the research question will dictate our choice of research design. It may be qualitative or quantitative or both. If the questions are what and how much, the quantitative design is more appropriate; if

the questions how and why, the qualitative design is more appropriate. These two approaches are different and often complementary.⁴

Both quantitative and qualitative research are essential to the advancement of medical theory and care.⁵ Medical practice cannot evolve without a meaningful process of exploration and reflection. All too often in medicine, the need to act quickly takes over, and other thought process are put on hold. Physicians are under increasing pressure both professionally and socially, with the result that medical care and research are performed increasingly quickly. Because of this, some researchers may find it more appealing—more expedient—to only undertake studies that can be designed, conducted, and published over a short period of time. The temptation to use a quantitative design is even greater because it has more credibility with funding agency selection committees. All too often, selection committee members simply do not understand the inductive approach. The widely held belief that qualitative research is not science, but merely a collection of opinions and anecdotes, has impeded its development. And yet, there are many rigorous standards for the qualitative approach in the literature.⁶

Given the nature of the problems encountered in medicine and the possibilities that the qualitative approach offers, family medicine cannot afford to overlook qualitative research. How, then, should it distance itself from the dominant medical culture and help family physicians to use the tools it has to offer? We believe that there is an onus on departments of family medicine to make this approach known and develop it. We are not suggesting that clinicians, residents, and teachers should focus exclusively on qualitative methods. Rather, we are suggesting a three-pronged approach to the development of qualitative research: information, training, and cooperation.

Information

There is a need for articles like this editorial, published primarily in medical journals like *Canadian Family Physician*. Qualitative research should be promoted to family medicine departments and programs. The national forum of family medicine teachers, the *Journée québécoise de la recherche*, and other meetings where family medicine teachers gather offer excellent opportunities to promote qualitative research.

Training

There is also a need for critical appraisal of articles on qualitative research, for example, through the journal clubs in which family medicine residents

participate during their residency. Residents and teachers should be made aware of the qualitative approach through a series of workshops familiarising them with its features and enabling them to identify its applications to family medicine. Lastly, teachers and residents should be encouraged to engage in qualitative research projects.

Cooperation

There is a need for departments of family medicine across Canada to cooperate in the production of qualitative research. They could form a family medicine qualitative research network for dialogue, discussion, support, and the development of research projects. They could embark on joint ventures with other disciplines (the social sciences and the humanities) that would enrich the expertise and experience of all concerned.

The reasons given above clearly indicate that we must adapt our methods to the realities of the setting. Bringing residents and teachers together for activities such as critical appraisal of articles on qualitative research is essential; teachers who are keen will entice peers and residents alike. Moreover, since the proper use of an evaluation grid requires mastery of a body of knowledge, here at *Université Laval*, we will also be recommending that other training activities be introduced prior to, or in conjunction with, critical appraisal activities next year. We have begun setting up a resource centre, and will use the documents catalogued by the centre to plan training activities.

To conclude, a major investment in qualitative research in family medicine is inevitable. This will enable us to explore pressing and complex issues; promote a rapprochement between family medicine and the social sciences; and enrich our thinking on the issues we encounter in our practice. 

Dr Turgeon is a full professor and **Dr Côté** is an associate professor in the Department of Family Medicine at *Université Laval* in Sainte-Foy, Que.

Address correspondence to: Dr Jean Turgeon, Département de médecine familiale, Pavillon Vandry, Université Laval, Ste-Foy, QC G1K 7P4

References

1. McWhinney IR. Research in family practice. In: *A textbook of family medicine*. New York, NY: Oxford University Press; 1997. 429-37.
2. Huston P, Rowan M. Qualitative studies. Their role in medical research. *Can Fam Physician* 1998;44:2453-8.
3. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract* 1995;12(1):104-14.
4. Bronwyn V. Does it matter that your research is qualitative? *Aust Fam Physician* 1999;28(6):537-8.
5. Fortin MF. La recherche scientifique. Dans: *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal, Qué: Décarie Éditeur inc; 1996. 13-23.
6. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.



Développer la recherche qualitative en médecine familiale

Un incontournable

Jean Turgeon, MD, MA, FCFP Luc Côté, MSS, PHD

Les problématiques de santé auxquelles la médecine est confrontée sont de plus en plus complexes tant du point de vue technologique et organisationnel que psychosocial. Plusieurs questions que les méthodes quantitatives de recherche ne permettent pas d'aborder restent sans réponse satisfaisante. Qu'on pense, par exemple, aux problèmes d'adhésion au traitement dans le cas de l'hypertension artérielle ou encore à la nature des difficultés rencontrées par les personnes atteintes de fibromyalgie, de fatigue chronique ou du VIH en regard des soins. On assiste également à l'émergence de nouvelles réalités telles la féminisation de la pratique et la fragmentation de celle-ci chez les jeunes médecins. Ces phénomènes appellent un autre type de réflexion et nécessitent le recours aux études de nature qualitative.

Plusieurs auteurs dont McWhinney¹ insistent sur la nécessité pour la médecine de progresser vis-à-vis de la compréhension des méthodes qualitatives et de leur application en recherche. Le but de ces dernières étant de mieux comprendre les phénomènes complexes dans leur milieu naturel souvent à partir du point de vue de ceux qui les vivent, les questions abordées sont différentes de celles de la recherche quantitative². La médecine familiale se caractérise par une approche globale qui tient compte tant de la présentation clinique du patient que de son contexte de vie, de ses croyances et de celles de ses proches. Elle constitue un domaine de choix pour le développement de la recherche qualitative. Cependant, des informations recueillies auprès des programmes de médecine familiale francophones au Québec laissent croire que, sauf exception, les cliniciens-enseignants n'utilisent pas cette approche et ne l'enseignent à peu près jamais. En effet, les activités de lecture critique de la littérature scientifique destinées aux résidents s'intéressent rarement aux articles de recherche qualitative. On est donc en droit de se demander pourquoi la médecine

familiale hésite à s'engager avec plus de conviction dans ce type de recherche.

Quelques hypothèses explicatives et avenues de solution seront abordées. De toute évidence, il y a une méconnaissance de l'approche qui, disons-le, est complexe et protéiforme³. Peu d'entre nous ont acquis une formation en recherche qualitative qui nous permettrait d'élaborer un projet de recherche de cette nature. Pour plusieurs, la recherche qualitative se limite uniquement à l'application de techniques de collecte des données telles que l'entrevue ou le groupe de discussion. Faut-il rappeler que le choix des méthodes de collecte des données n'est qu'un élément de la démarche scientifique?

Certaines caractéristiques de la culture médicale traditionnelle concourent à rendre problématique l'évolution du paradigme qualitatif. La résistance rencontrée rappelle aux plus âgés la réaction à l'enseignement de la relation médecin-malade à la fin des années 70. Les compétences relationnelles étant difficilement mesurables, comment les enseigner? Et pourtant, la relation médecin-patient est maintenant un critère reconnu de qualité des soins et est même devenue un des principes de la médecine familiale. La médecine est encore dominée par la pensée linéaire (influence d'un facteur sur un autre) par opposition à la pensée circulaire ou systémique (inter-influence des éléments en présence). On cherche avant tout la ou les causes objectives des phénomènes ou ce qui est mesurable. D'ailleurs, la pratique médicale fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine*) tient surtout compte des résultats de recherches quantitatives (essai clinique randomisé, étude de causalité, mise au point d'un test diagnostique, métanalyse). Les résultats des études qualitatives sont peu considérés malgré leur utilité pour éclairer la pratique professionnelle. Par exemple, même si le médecin sait quel traitement est indiqué dans l'hypertension

artérielle, il doit aussi comprendre pourquoi tel patient le néglige. La recherche qualitative permet notamment de saisir les motifs pour lesquels des patients adhèrent ou non aux recommandations médicales. Ces données permettent l'élaboration de recherches ultérieures de type qualitatif ou quantitatif.

La médecine s'est développée et s'enseigne dans les facultés à partir du paradigme hypothético-déductif. Sa tendance se dirige donc naturellement vers une recherche de type quantitatif. Le paradigme inductif, plutôt associé aux sciences sociales et humaines, a permis le développement de l'approche qualitative. Or, c'est l'état des connaissances et le type de question de recherche qui va dicter la pertinence d'un devis qualitatif, quantitatif ou des deux. Certains devis seront nécessairement plus indiqués que d'autres: le quoi, le combien réfèrent davantage au quantitatif alors que le qualitatif semble plus approprié pour répondre au comment et au pourquoi des phénomènes. On comprendra que ces deux approches sont différentes et souvent complémentaires⁴.

La recherche (quantitative et qualitative) est nécessaire à l'évolution des théories et à l'amélioration des soins⁵. Mais comment remettre en question et faire évoluer les pratiques sans une démarche réflexive significative? Trop souvent en médecine, l'action rapide nécessaire en clinique occulte la réflexion sur d'autres plans. Les pressions professionnelles et sociales de plus en plus grandes militent en faveur d'une rapidité croissante au niveau des soins et de la recherche. Dans ce contexte, il peut être attristant, voire plus utile aux yeux de certains de n'entreprendre que des études conçues, réalisées et publiées en peu de temps. La tentation de choisir un devis quantitatif sera d'autant plus grande que la crédibilité de la recherche qualitative au sein des comités de sélection des organismes subventionnaires en santé n'est pas toujours bonne. En effet, trop d'évaluateurs n'en comprennent tout simplement pas la nature inductive. L'opinion répandue que la recherche qualitative n'est pas scientifique, qu'elle n'est qu'un amoncellement d'opinions et d'anecdotes journalistiques va bien sûr à l'encontre de son développement. Pourtant, la littérature abonde sur les critères de rigueur de cette approche⁶.

La médecine familiale ne peut faire l'économie de la recherche qualitative en raison de la nature des problèmes rencontrés dans cette discipline et des possibilités offertes par cette approche. Alors, comment peut-elle prendre ses distances vis-à-vis la culture médicale dominante et aider les médecins

de famille à profiter des précieux outils dont elle dispose? Nous pensons que les départements de médecine familiale ont la responsabilité de prendre l'initiative de faire connaître et de développer cette approche. Ceci ne signifie évidemment pas pour autant que les cliniciens, résidents et enseignants doivent s'orienter uniquement vers les méthodes qualitatives. Pour activer le développement de la recherche qualitative, nous proposons une intervention comportant trois volets: l'information, la formation et la collaboration.

L'information

Il importe de publier quelques articles, comme cet éditorial, prioritairement dans des revues de médecine familiale telles que *Le Médecin de famille canadien*, et de faire la promotion de la recherche qualitative auprès des départements et programmes. Le Colloque national des enseignants en médecine familiale, la Journée québécoise de la recherche ou d'autres réunions regroupant des enseignants en médecine familiale sont des tribunes intéressantes.

La formation

Il faut promouvoir la lecture critique d'articles de recherche qualitative, par exemple au sein des clubs de lecture auxquels participent déjà les résidents en médecine familiale dans le cadre de leur formation. Au moyen d'une série d'ateliers, il faut aussi sensibiliser les résidents et les enseignants à l'approche qualitative afin qu'ils en connaissent les caractéristiques et qu'ils puissent identifier des champs d'application pertinents en médecine familiale. Enfin, il faut favoriser la participation des enseignants et des résidents à des projets de recherche.

La collaboration

Il importe d'établir des collaborations entre les départements de médecine familiale du Canada axées principalement sur la production de recherches qualitatives; de former un réseau de réflexion, d'échanges et de support à l'enseignement et au développement de la recherche qualitative dans notre discipline; et d'envisager des collaborations interdisciplinaires (sciences humaines et sociales) pour s'enrichir de l'expertise et de l'expérience de chacun.

Les raisons invoquées plus haut indiquent évidemment d'adapter nos méthodes aux réalités des milieux. Le regroupement des résidents et des enseignants principalement autour d'activités comme la lecture critique d'articles de recherche qualitative est essentielle car la présence d'enseignants intéressés

stimule la motivation et l'apprentissage des résidents et des pairs. De plus, puisque l'apprentissage de la bonne utilisation d'une grille d'analyse nécessite de maîtriser un ensemble de connaissances, la mise sur pied d'autres activités de formation préalables ou concomitantes à celles sur la lecture critique sera également proposée à l'Université Laval dès l'an prochain. Nous avons aussi commencé à mettre sur pied un centre de documentation. Les documents répertoriés nous servent à planifier les activités de formation prévues.

En conclusion, un investissement important dans la recherche qualitative est incontournable en médecine familiale. Il permettra l'étude de questions pressantes et complexes, favorisera un rapprochement avec les sciences humaines et sociales et enrichira la réflexion sur les problèmes de la pratique actuelle.

Drs Turgeon et Côté sont respectivement professeur titulaire et professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université Laval à Sainte-Foy, Qué.

Correspondance au: Dr Jean Turgeon, Département de médecine familiale, Pavillon Vandry, Université Laval, Ste-Foy, QC G1K 7P4

Références

1. McWhinney IR. Research in family practice. Dans: *A textbook of family medicine*. New York, NY: Oxford University Press; 1997. P. 429-37.
2. Huston P, Rowan M. Qualitative studies. Their role in medical research. *Can Fam Physician* 1998;44:2453-8.
3. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract* 1995;12(1):104-14.
4. Bronwyn V. Does it matter that your research is qualitative? *Aust Fam Physician* 1999;28(6):537-8.
5. Fortin MF. La recherche scientifique. Dans: *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal, Qué: Décarie Éditeur inc; 1996. p. 13-23.
6. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.